

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

VOL. XXII

OUTUBRO DE 1960

N.º 4

Sumário:

	Pág.
<i>Sobre um caso de ciste wolffiano vaginal</i> — Dr. WALDEMAR MACHADO e Prof. CARMO LORDY	51
<i>Choque: conceito, classificação e aspectos médicos-legais</i> — Dr. AFFONSO RENATO MEIRA	54
<i>Sanatório São Lucas</i> — Reuniões do Corpo Médico	60



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de

"ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do

DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO



Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 80, Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil



DIRETORIA — Exercício de 1960/1961

Presidente

DR. PAULO G. BRESSAN

Vice-Presidente

DR. ENRICO RICCO

Primeiro Secretário

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário

DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

Primeiro Tesoureiro

DR. LUÍS BRANCO RIBEIRO

Segundo Tesoureiro

DR. CESÁRIO TAVARES

Bibliotecário

DR. MOACYR BOSCARDIN

Conselho Consultivo:

DR. WALDEMAR MACHADO

DR. ADALBERTO LEITE FERRAZ

DR. ROBERTO DELUCA

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

DR. NELSON CAMPANILE

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XXII

OUTUBRO DE 1960

N.º 4

Sôbre um caso de ciste wolffiano vaginal (*)

Dr. WALDEMAR MACHADO

Chefe da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas

Prof. CARMO LORDY

Anatomopatologista do Sanatório São Lucas

Casos pouco encontrados obrigam-nos a apresentá-los pois com isso contribuímos para aumentar a sua casuística e ao mesmo tempo chamar a atenção daqueles que no trabalho diário de sua clínica possam encontrá-los e menos avisados deixem passá-los despercebidos.

Trazemos hoje a esta reunião o caso clínico de Z.N.T.P., branca, portuguesa, 63 anos de idade, casada, prendas domésticas.

Apresentou-se à consulta, em 22-8-60, por apresentar metrorragia há dois meses. Há 3 anos, havia tido perdas irregulares e, em seguida, corrimento, sem sangue e sem mau cheiro: notou também descida e exteriorização de órgãos pela fenda vulvar, nos últimos anos, que tem aumentado, principalmente ao esforço. Menarca aos 14 anos, ciclos eumenorreicos, cólicas, em solteira; última regra aos 48 anos; casou-se aos 22 anos, marido sadio.

Sextigesta, quintipara, partos e puerpérios normais, último parto há vinte e um anos; P.A. 150x80, coração normal.

Abdomem de paredes flácidas panículo adiposo abundante, ventre pêndulo. Genitais externos, perineo com rotura de 2.º grau, vulva em involução senil, vagina com paredes prolabadas, com descida de bexiga, útero e parede retal. Assoalho pélvico frouxo; útero pequeno, em involução senil, paredes lisas, indolor; colo apresentando pseudocerosão, sangrando somente após atrito forte; histerometria 11 cm. Diagnóstico: rotura do perineo, cervicite crônica, prolapso genital 3.º grau.

Com êsse diagnóstico, após ter-se tido negatividade na biopsia e ter sido melhorado o estado de azotemia que atingia 76 mg., a paciente foi levada à mesa de cirurgia, para ser submetida a uma histerectomia vaginal.

(*) Caso apresentado em reunião da Sociedade Médica São Lucas em 13 de outubro de 1960.

Após os tempos principais da intervenção, ao fazer-se a ressecção da mucosa da parede vaginal direita, encontrou-se uma cavidade cística, não apreendendo conteúdo e sem evidência de comunicação com a bexiga, tendo sido feita ressecção e enviada a exame anatomopatológico.

O resultado do exame trouxe-nos a surpresa de tratar-se de ciste de origem Wolffiana, a qual passou despercebida, pelo volume, ao exame ginecológico. Como estas cistes não apresentam sintomatologia, a não ser quando atingem volume que perturbe, quer as relações sexuais ou mesmo o parto, é na maior parte das vezes um achado eventual do exame, por queixa completamente diferente. Passamos, agora, a palavra ao Prof. Carmo Lordy, que irá discorrer sobre a origem desses tumores.

Prof. Carmo Lordy — Os cistos wolffianos vaginais devem geneticamente ser relacionados com a persistência anômala da extremidade caudal do canal Malpighi-Gartner, de cada lado.

Daí, a necessidade de se ascender até a formação do ducto do pronefros, donde aquele deriva.

As 3 gerações de rins, que se sucedem no tempo e no espaço, provêm do conjunto de curtas formações (nefrotomos), que transversalmente ligam as porções segmentadas do mesoderma (somitos) com as lâminas laterais. À custa dos nefrotomos craniais se forma o pronefros, dos do tronco provêm o mesonefros e dos caudais, o esbôço do metanefros.

Do 7.^o nefrotomo precocemente nasce uma evaginação (elevação pronefrica), que se orienta desde logo dorso-caudalmente, ao longo dos diversos nefrotomos, resulta o desenvolvimento de um cordão, que depois se canaliza e que reúne longitudinalmente as elevações pronefricas. Do 14.^o nefrotomo em diante, o cordão continua a crescer em sentido caudal à custa, porém, da multiplicação de seus elementos celulares. Na altura do 28.^o par de somitos, território do mesonefros, encurva-se até atingir a parede infero-lateral da cloaca, em que desemboca, já transformado em canal do mesonefros ou de Wolff. Do ponto de sua curva nasce um divertículo, que se alonga em direção dorsal, para mais tarde se diferenciar no esbôço das vias excretoras do metanefros ou rim definitivo, desde o ureter até o canal de união da parte secretora com a excretora.

Assim pois, as vias excretoras das 3 gerações de rins provêm do primitivo canal do pronefros, mais tarde ducto de Wolff, que tem destino diferente no feto de sexo masculino e feminino. No primeiro, o ducto de Wolff passa de modo definitivo ao serviço do aparelho genital, como futuro vector do líquido espermático, depois de se alongar extraordinariamente e de se tornar tortuoso, indo constituir cabeça, corpo e cauda do epidídimo, canal deferente, canal ejaculador e vesícula seminal.

No feto feminino, como não irá desempenhar nenhuma função, regride na sua quase totalidade. Entretanto, como reliquat podem se encontrar até o início da menopausa resíduos do ducto longitudinal do epooforon ou paraovario, com possibilidade de formação cística (cisto do paraovario). Por anomalia, podem persistir no adulto tratos do canal de Malpighi-Gartner, dilatado em ampola com divertículos secundários na região do colo uterino; outras vêzes, transformado em cisto de dimensões variadas na espessura da parede vaginal (cisto wolffiano vaginal).

No que concerne aos cistos wolffianos vaginais, nem sempre o revestimento epitelial é do mesmo tipo, podendo numa eventualidade se apresentar cilíndrico mucoso e pavimentoso estratificado em outra, como no caso em estudo. Essa diversidade de tipo epitelial não merece correr por conta de processos metaplásicos, como julgam alguns A. A., mas, de outra causa. O ducto do pronefros, embora contíguo em muitos pontos com o ectoderma, mantém-se independente, ao longo de seu trajeto nos vertebrados inferiores; ao passo que nos mamíferos o seu segmento caudal contrai íntima conexão com o folheto externo (Keibel, Von Spee). Assim sendo, não repugna que nesse nível tenha havido contribuição da parte do folheto externo no desenvolvimento do referido duto.

Em conclusão, o revestimento epitelial cilíndrico-mucoso do cisto resultaria da predominância de elementos mesodérmicos; ao passo que o revestimento pavimentoso estratificado estaria relacionado com a maior contribuição de elementos ectodérmicos.

Choque: conceito, classificação e aspectos médico-legais (*)

DR. AFFONSO RENATO MEIRA

(Assistente da Cadeira de Higiene e Odontologia Legal da Faculdade
de Farmácia e Odontologia da Universidade de São Paulo)

Os médicos, e principalmente aqueles que labutam cotidianamente no ambiente hospitalar, já tiveram a oportunidade de se defrontar inúmeras vezes com o síndrome *choque*. Este termo, inicialmente usado por JAMES LATTI em 1795, servia como designação vaga do colapso que se segue ao trauma. Posteriormente diversos autores procuram defini-lo.

CONCEITO

Para B. SEQUARD o choque "é a parada das trocas metabólicas entre as células e o plasma inibindo a nutrição".

Para COLLINS "é o síndrome ou estado clínico no qual diminui o volume sanguíneo circulante, o que é acompanhado de depressão funcional de muitos sistemas e transtornos circulatórios que progridem rapidamente até a insuficiência circulatória irreversível".

Para MOON "é um transtorno do balanço fluidico que leva a uma insuficiência circulatória periférica a qual se manifesta por volume sanguíneo reduzido, hemoconcentração e deficiência do funcionamento renal".

Para HARKINS "é uma anoxia oligêmica vaso constritiva progressiva".

Para JOPPERT FILHO a definição mais ampla e mais atualizada de choque é a que o considera como "colapso periférico agudo, caracterizado pela disparidade entre o volume de sangue circulante e a capacidade do leito vascular, ou seja a discrepância entre o continente e o conteúdo".

Para GARAT o choque "é uma capilaropatia extensiva".

(*) Trabalho apresentado à Sociedade Médica São Lucas em 11-10-60.

Para GOLTZ "é uma inibição particular do sistema nervoso central, promovido por via reflexa".

LABORIT diz que "depois de toda agressão aparece o desequilíbrio, o choque nada mais é que a impossibilidade mais ou menos precoce, passageira ou definitiva deste organismo achar seu equilíbrio perdido".

A. R. MEIRA, baseando-se em BLALOCK considera o choque como "um síndrome decorrente da disparidade no aparelho circulatório entre o conteúdo e o continente, devido a uma diminuição absoluta ou relativa do conteúdo em função do continente". Portanto, temos para nós, ser o choque um síndrome que pode-se instalar no organismo humano de três maneiras:

1. Por uma diminuição absoluta do conteúdo. Isto é por perda de uma quantidade razoável de sangue ou plasma (conteúdo) sem aumento do leito vascular (continente). Exemplo: Choque proveniente de hemorrágia.

2. Por diminuição relativa do conteúdo. Isto é por aumento do leito vascular (continente) sem perda de sangue ou plasma (conteúdo). Exemplo: choque proveniente de anestesia raquidiana.

3. Por diminuição do conteúdo e aumento do continente (diminuição concomitantemente relativa e absoluta do conteúdo em função do continente). Isto é, por perda de volume sangüíneo ou plasma (conteúdo) e aumento do leito vascular (continente). Exemplo: choque proveniente de hemorrágia em doente raquianestesiado.

Uma vez instalado o choque ele se caracteriza no dizer de LABORIT por um estado depressivo do qual participa todo o organismo; por surgir na parte circulatória um desfalecimento profundo; por não existir uma relação indispensável entre eles e as lesões anatómicas a ele associadas; por ser necessário que a agressão que o provoque suprima ou retarde de maneira mais ou menos acentuada a possibilidade de reequilíbrio do organismo levando a uma diminuição ou parada das trocas entre o sangue e os tecidos, incompatível com a vida celular normal.

CLASSIFICAÇÃO

Diversas classificações de choque foram propostas.

ALLEN classifica em choque primário o choque secundário.

DAVIS em choque primário, choque latente, choque descompensado, choque recorrente, choque pseudo irreversível, choque irreversível.

BLALOCK em choque hematogênico, choque vasogênico, choque neurogênico e choque cardiogênico.

VARELA FUENTES classifica em choques por: 1.^o redução primitiva do volume hemático: *a)* hemorrágia (perde-se água, sais, proteínas e hemácias); *b)* plasmagia (perde-se água, sais e prótidos); *c)* desidratação (perde-se água e sais); 2.^o aumento brusco da capacidade do leito vascular *a)* paralisia vasomotora central: raqui-anestesia; *b)* paralisia vasomotora periférica: lesão da parede vascular por tóxicos *c)* paralisia vasomotora mista; 3.^o origem mista.

Modernamente a tendência é de classificar o choque de acôrdo com a causa clínica que o provoca. Em 1957 A. R. MEIRA propoz uma classificação baseada nos fatores determinantes. É ela a seguinte:

1. *Choques clínicos :*

- a)* Choque psíquico-emocional — desencadeado por fatores psíquicos ou emocionais.
- b)* Choque sérico — causado por transfusões de sangue, plasma ou sôro, ou ainda por injeções endovenosas, intra musculares ou subcutâneas.
- c)* Choque cardíaco — causado por fatores inerentes ao próprio coração.
- d)* Choque toxi-infeccioso — desencadeado por intoxicação ou infecções do organismo.
- e)* Choque por queimadura — devido a queimaduras de certa gravidade.
- f)* Choque traumático — tendo por causa traumas físicos.
- g)* Choque hemorrágico — por perda de volume de sangue ou devido a desidratações.

2. *Choques cirúrgico :*

- a)* Choque cirúrgico propriamente dito — causado por fatores operatórios exclusivamente.
- b)* Choque anestésico — devido à anestesia quer venha surgir durante ou depois da operação.

3. *Choques mixtos.*

ASPECTOS MÉDICO-LEGAIS

Está o choque incluído por FLAMÍNIO FÁVERO entre as energias de ordem biodinâmicas, que podem causar dano ao organismo humano.

Êstes danos podem ser de modalidade culposa, danosa ou acidental. O dano ou lesão corpora,l levando ou não à morte, causado de maneira culposa tem um exemplo sugestivo no médico que em vir-

tude de negligência, imprudência ou imperícia vê um seu paciente entrar em choque. De acôrdo com os Códigos Civil e Penal Brasileiros e de acôrdo com o Código de Ética da Associação Médica Brasileira (no caso particular do especialista em anestesia de acôrdo com o Código de Ética Profissional e Econômica do Anestesiologista) poderá o médico ser responsabilizado profisionalmente e responder judicialmente pelo fato.

No art. 45 do Código de Ética Médica encontramos :

Art. 45 — O médico responde civil e penalmente por atos profissionais danosos ao cliente a que tenha dado causa por imperícia, imprudência ou negligência.

No Código de Ética Profissional e Econômica do Anestesiologista vamos encontrar no artigo 26 a repetição do enunciado acima;

Art. 26 — O anestesiologista responde civil e penalmente por atos profissionais danosos ao paciente, a que tenha dado causa por imperícia, imprudência ou negligência.

Pelo preceito contido no art. 1.545 do Código Civil Brasileiro, poderá, o médico, nessas condições, ser obrigado a ressarcir o dano causado.

Art. 1.545 — Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano sempre que da imprudência, negligência ou imperícia em atos profissionais resultar morte, inabilitação de servir ou ferimento.

Poderá, ainda, sofrer sanções previstas no Código Penal pois no artigo 1.525 do Código Civil temos:

Art. 1.525 — A responsabilidade civil é independente da criminal; não se poderá, porém, questionar mais sobre a existência do fato ou quem seja seu autor quando estas questões se acharem decididas no crime.

As penas para os causadores de lesões corporais são encontradas no Art. 129 do Código Penal. O choque, causando sempre perigo de vida, se enquadra entre as lesões graves que são as do parágrafo primeiro desse artigo:

Art. 129 — Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:
Pena — detenção de três meses a um ano.

§ 1.º — Se resulta :

I — incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias;

II — perigo de vida;

III — debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV — aceleração de parto.

Pena — reclusão, de um a cinco anos.

Se o paciente vier a falecer, a pena é prevista no parágrafo terceiro do mesmo artigo.

§ 2.º —

§ 3.º — Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo.

Pena — reclusão de quatro a doze anos.

Entretanto lesões corporais ou a morte podem ser causadas pelo choque, não só de maneira culposa, retratada no exemplo anterior, mas também de maneira dolosa ou acidental.

Em caso de dolo, o autor seja ele médico ou não, será julgado e condenado por crime comum. Não há que lembrar da responsabilidade profissional pois foi procurado o dano.

Em caso de lesão corporal ou morte acidental nada há que comentar.

Finalmente podemos lembrar que, se o diagnóstico clínico do choque não está entre aqueles que apresentam maiores dificuldades para ser feito, o diagnóstico do choque como "causa mortis" é difícil, senão impossível, se para tanto não conseguimos mostrar a existência de um trauma suficientemente grave para produzir a morte por esse mecanismo. Na necrópsia não iremos encontrar sinais patognômicos. As lesões que podem ser encontradas são também observadas em outros tipos de morte. Em síntese seriam: sistema vascular periférico e veias superficiais colabadas; congestão dos vasos profundos onde encontramos sangue escuro e de coagulação retardada; coração com quantidade moderada de sangue que obedece a essas mesmas características; pulmões congestionados em forma difusa ou em partes; congestão e hemorragia puntiforme da mucosa gástrica; vasos intestinais distendidos e mucosa intestinal edemaciada e hemorrágica; fígado e rins congestionados; células hepáticas podem estar necrosadas assim como as células do sistema nervoso; rins com pequenas hemorragias do parenquima e dos tubos e podendo apresentar tumefação turva; pâncreas, glândulas suprarrenal e outras vísceras com exsudatos e petéquias; órgãos linfóides e timo apresentam as lesões habituais de toda agressão e que revelam uma descarga de corticoides; lisis dos linfócitos e tímócitos, principalmente nos centros dos folículos linfóides, sendo que as células destruídas são fagocitadas por elementos do sistema retículo-endotelial; baço contraído e ex-sangue. Estas lesões são tanto mais intensas quanto maior for a duração do choque. Nos choques de evolução rápida para a morte, as necrópsias nada revelam.

A dificuldade do diagnóstico deste síndrome como determinante da morte repousa na dualidade de fatores: lesões não específicas e necrópsias em branco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLEN, F. M. — *Schock*, in *Anestesia Condutiva*, Pitkin G. P., Cultural S. A., Havana, Cuba, 1950.
- ALMEIDA JR., A. F. — *Lições de Medicina Legal*, Comp. Editora, Nacional, São Paulo, 1948.
- CALABUIG, J. A. G. — *Medicina Legal y Práctica Forense*, Editorial Saber, Valência, 1958.
- COLLINS, V. J. — *Anesthesiologia*, Editorial Interamericana S. A., México, 1953.
- FÁVERO, F. — *Medicina Legal*, 6.ª edição, Livraria Martins Editora, São Paulo, 1958.
- IGARZÁBAL, J. E. — *Tratado de Patología Quirúrgica*, Libreria Hachette S. A. Buenos Aires, 1946.
- JOFFERT FILHO, W. — *Choque cirúrgico*, Resenha Clínico-Científica, Ano XXVIII, n.º 4: 105-115 (abril) 1959.
- LABORIT, H. — *Réaction Organique a L'agression et choc*, Masson e Cie, Paris, 1955.
- LABORIT, H. — *Le choc traumatique* in *Anais do II Congresso Latino Americano e I Congresso Brasileiro de Anesthesiologia*: 416-427, Rio de Janeiro, 1955.
- LABORIT, H. — HUGUENARD, P. e colaboradores — *Pratique de l'hibernotherapie*, Masson et Cie, Paris, 1954.
- MEIRA, A. R. — *Choque, ensejo para nova classificação*, Revista da A. P. C. D. 11 : 28-32 (Janeiro-Fevereiro) 1957.
- PEIXOTO, A. — *Elementos de Medicina Legal*, 2.ª Ed. Francisco Alves & Cia., Rio de Janeiro, 1941.
- SHRAER, M. — *Anestesia General*, Editorial Stilcograf, Buenos Aires, 1953.
- SILVA JR. E. L. — *Manual de Medicina Legal*, Coletânea Acácio Nogueira, São Paulo, 1954.

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Reuniões do Corpo Médico

Reunião de 28 de novembro de 1957 :

— *Simplificação do posoperatório* — Dr. Pedro Luís de Oliveira. O A. inicia sua exposição resumindo e comentando trabalho recentemente aparecido na literatura. A base do tratamento posoperatório consiste no levantar precoce, com abolição quase completa dos hipnóticos e calmantes. A dor posoperatória é bem suportada.

O assunto foi tratado por todos os médicos presentes, que apresentaram a sua experiência e as suas sugestões.

Reunião de 5 de dezembro de 1957 :

— *Mucocele da vesícula* — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Apresentou um caso de mucocele da vesícula, elevando-se agora a 3 os observados no Serviço. Fêz considerações sobre o assunto referindo-se ao trabalho aqui apresentado pelo Dr. Delgado Herrera, do Perú. Em seguida fêz comentários sobre o decálogo de ética profissional médica, aprovado este ano pela Associação Médica Americana.

Reunião de 12 de dezembro de 1957 :

— *Câncer da vesícula* — Dr. Eurico Branco Ribeiro. O orador apresentou um caso de câncer da vesícula e fêz considerações sobre o assunto. Depois foram discutidos questões relativas aos exames de laboratório e aos receituários para doentes internados.

Os médicos presentes tomaram parte nas discussões.

Reunião de 19 de dezembro de 1957 :

— *Conveniência do emprêgo do hematócrito* — Dr. Silvio Boock. O orador discorreu sobre a conveniência do emprêgo do hematócrito pela facilidade com que, com aparelho moderno que poderia ser adquirido nos Estados Unidos, poderia ser feita, de rotina, a separação dos globulos do plasma bem como a sedimentação e contagem globular.

O assunto foi comentado por alguns dos médicos presentes que julgavam ser pouco aconselhável tal exame ser feito em todos os pré-operatórios pelo ônus que viria criar para o doente aumentando-lhe as despesas. Em seguida o Dr. Adhemar Nobre indagou dos presentes se tinham qualquer outro assunto de ordem clínica ou hospitalar a ser ventilado. Falando sobre o uso dos consultórios hospitalares para os seus serviços de ambulatório e não estando presente o Dr. Eurico Branco Ribeiro, resolveu-se que tal assunto deveria ser discutido com a presença do Diretor do Hospital.

Reunião de 6 de fevereiro de 1958 :

— *Tumor uterino* — O Dr. Eurico Branco Ribeiro expoz o caso clínico de uma paciente portadora de tumor uterino, leiomioma do istmo associado a ciste epidermoide wolfiana do colo uterino, em que esta condição provocara duas distócias obstétricas exigindo duas intervenções cesareanas.

O exame da peça cirúrgica — histerectomia total — forneceu ao Prof. Carmo Lordy elementos para fazer, a seguir, uma brilhante exposição do caso, tanto do ponto de vista embriológico como do ponto de vista patológico, tendo discorrido não só sobre a ciste do colo uterino, como tendo também demonstrado a causa da raridade do mioma do istmo uterino. A relação entre a ciste do colo e a distócia foi acentuada pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Reunião de 13 de fevereiro de 1958 :

— *Balanco da situação do Sanatório São Lucas* — O Dr. Eurico Branco Ribeiro fez um balanço da situação do Sanatório São Lucas e traçou as suas diretrizes para o corrente ano. Discutiu-se a abertura de mais um consultório para ficar à disposição dos médicos que trabalham no Sanatório São Lucas. Resumiu, o Dr. Eurico Branco Ribeiro, a interessante nota prévia apresentada pelo Sr. José Gentil à Sociedade Médica São Lucas.

Fizeram-se considerações sobre as estatísticas das operações realizadas no Sanatório São Lucas em 1957.

O Dr. Moacyr Boscardin leu uma carta do Dr. Juan Carlos Guzzetti, por motivo do ano novo.

O Dr. José Saldanha Faria fez objeções sobre o sistema de computação e orientação dos Serviços do Departamento de Maternidade, estabelecendo-se troca de opiniões sobre o assunto.

Por fim, o Dr. Adhemar Nobre convidou os médicos para uma visita ao novo hospital da Beneficência Portuguesa, ficando marcada para o dia 15 seguinte.

Reunião de 20 de fevereiro de 1958 :

— *Ética profissional* — Dr. Eurico Branco Ribeiro. O orador fez considerações sobre ética profissional, mostrando um exemplo de má conduta de médicos estranhos ao Sanatório São Lucas, junto à família de um doente internado.

A seguir o Dr. Waldemar Machado falou sobre o certificado de operação feita e diagnóstico.

Depois o Dr. Eurico Branco Ribeiro apresentou o critério da apresentação de contas pelo Sanatório São Lucas e as relações entre a administração e os elementos do Corpo Médico.

Fêz considerações sobre o assunto, o Dr. José Saldanha Faria, dando o Dr. Eurico Branco Ribeiro as mais amplas informações sobre o critério adotado, justificando-o.

Reunião de 27 de fevereiro de 1958 :

— *Amiloidose do fígado* — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Inicialmente o orador expoz sucintamente o aspecto clínico de um doente afectado de amiloidose do fígado. Passou a palavra ao Prof. Carmo Lordy, que discorreu sobre a degeneração amiloide, encarando os aspectos do diagnóstico, das lesões anatopatológicas e da evolução. Discutiu as várias hipóteses sobre a natureza da amiloidose. Descreveu as lesões do fígado, do baço em sagú ou do em mortadela, do rim. Mostrou as lâminas do caso, relativas à biópsia do fígado.

O assunto foi discutido pelos Drs. Ferdinando Costa, Edwin Castello e Eurico Branco Ribeiro, tendo o Prof. Carmo Lordy apresentado esclarecimentos.

Reunião de 7 de março de 1958 :

— *Assuntos de ordem médica* — Inicialmente o Dr. Luiz Branco Ribeiro expôs, dirigindo-se especialmente aos médicos internos, a conduta que o médico deve ter quando discute assuntos de ordem médica na presença de pessoas leigas.

— *Traumatismo da mão* — Dr. José Saldanha Faria. O orador falou sobre os traumatismos da mão, discorrendo sobre a sua experiência pessoal e sobre a conduta que se deve ter nestes tipos de lesão.

Em seguida foi discutido o assunto da marcação das operações, e de acordo com as ponderações do Dr. Paulo G. Bressan, ficou resolvido que este problema deveria ser novamente discutido quando estiver presente maior número de médicos e que deveria ser ouvido o parecer da enfermeira-chefe do bloco cirúrgico.

Reunião de 13 de março de 1958 :

— *Colecistêndese* — Dr. Cesário Tavares. O orador discorreu sobre a palavra colecistêndese apresentando duas hipótese para a sua formação. Referiu-se também à palavra celiotomia.

— *Cura cirúrgica da hérnia* — Sobre a designação da cura cirúrgica da hérnia falaram os Drs. Eurico Branco Ribeiro e Cesário Tavares.

— *Spina bifida* — Prof. Carmo Lordy. Iniciou recordando, o desenvolvimento embriológico da coluna vertebral. Passou depois a explicar o aparecimento da espinha bifida e mostrou fotografia de um paciente a 30 anos operado pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro. Explicou a constituição das paredes da meningocele decorrente da espinha bifida. A falta de desenvolvimento do tubo nervoso é que condiciona a spina bifida. A mielocistocele foi também explicada. Há também, os embriomas, como o parasita sacral, que nada têm que ver com a spina bifida e devem ser citados a título de diagnóstico diferencial.

Reunião de 27 de março de 1958 :

— *Tumor mixto da parótida* — Inicialmente o Dr. Eurico Branco Ribeiro expoz a história clínica de um caso de tumor mixto da parótida, o decimo observado no Sanatório São Lucas, mediante confirmação anátomo-patológica. A seguir o Prof. Carmo Lordy discorreu sobre os tumores conectivos-epiteliais das glândulas salivares, antigamente chamadas angiosarcomas. Endoteliomas são variedades que se encontram nesses tumores. Linfangioendotelioma é o diagnóstico específico do caso hoje apresentado. As formações ectodermicas dos tumores mixtos da parótida vêm do estomodeu primitivo, onde há epitelio dessa origem. Discorreu a seguir sobre os endoteliomas do peritônio e da pleura, o chamado câncer do celoma. Nada mais complexo do que os endoteliomas, diz Max Borst. Os tumores mixtos não fazem metastases, mas recidivam se a glandula não é retirada completamente.

Reunião de 10 de abril de 1958 :

— *Diagnósticos difíceis* — O Dr. Moacyr Boscardin falou sobre a conveniência de se discutirem casos de diagnósticos difíceis antes de serem os doentes levados à mesa operatória. Referiu casos recentes em que houve divergência de opiniões sobre o diagnóstico. Trouxe a discussão um caso de diagnóstico difícil, esperando ouvir sobre o mesmo a opinião dos colegas. A enferma foi examinada pelos presentes. Os dados anamnéticos da doente foram analisados.

O Dr. Eurico Branco Ribeiro pensa tratar-se, à luz dos exames apresentados de um tumor retroperitoneal de provável natureza blastomatosa.

O Dr. Luiz Branco Ribeiro salientou o valor do hemograma no caso.

Pensa o Dr. Nelson Campanile em processo uro-genital.

Pelo Dr. João Noel von Sonnleithner foram aventadas 3 hipóteses: processo intestinal, menos provável; anexos uterinos, mais provável; e tumor retroperitoneal.

Sob o ponto de vista ginecológico, discutiu o Dr. José Saldanha Faria, concluindo por um tumor anexial.

O Dr. Waldemar Machado também apreciou o caso do ponto de vista ginecológico, concluindo por neoplasia de anexos uterinos.

Acha, o Dr. Paulo G. Bressan, tratar-se provavelmente de tumores anexiais.

Falou, o Dr. Eduardo Dolder, sobre as modificações do sistema circulatório nas neoplasias.

O Dr. Pedro Luiz de Oliveira, pensa em processo anexial.

Dr. Fernando Freire, pensa em neoplasia retroperitoneal com processo anexial a esquerda.

Dr. Roberto De Lucca, acredita que se deveria fazer pielografia para maiores esclarecimentos.

O Dr. John Benjamin Kolb, aventa a hipótese de se tratar de ciste de ovário à direita e processo anexial não maligno à esquerda.

A paciente foi examinada pelo Dr. J. Mendes Arcoverde, que concluiu por câncer dos anexos uterinos.

O Dr. Moacyr Boscarin admite se tratar de piosalpinge à direita e tumor anexial à esquerda.

Os exames sugeridos serão feitos, antes de levar a doente à mesa.

Pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro foram feitas considerações sobre o desenvolvimento da discussão.

Reunião de 24 de abril de 1958 :

— *Diagnóstico não esclarecido* — O Dr. Nelson Campanile apresentou um caso de diagnóstico não esclarecido e, após expor a história clínica, os dados do exame físico e resultados de laboratório, solicitou a opinião dos colegas presentes. Todos que opinaram sobre o caso chegaram à conclusão de que se tratava de processo neoplásico localizado, no estômago, processo este já em estágio muito adiantado devido à presença de tumoração no epigástrico, à E da linha mediana e a existência de gânglios supra claviculares de ambos os lados.

O Dr. Geraldo de Barros discutindo o exame radiológico pensa tratar-se de tumoração extragástrica, mas sugere novo exame radiológico para melhores esclarecimentos.

Discutida a orientação terapêutica duas correntes se formaram, optando uma delas pela laparotomia e outra pela biópsia do gânglio supraclavicular.

Expostos os argumentos pró e contra concordou-se, por fim, em fazer a biópsia ganglionar para depois decidir da praticabilidade da laparotomia.

Reunião de 12 de junho de 1958 :

— *Fístula estercoral* — Foi apresentado, pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro, um caso de fístula estercoral, após ressecção do colo esquerdo. Fez considerações sobre a feitura da anastomose e apresentou o seu ponto de vista sobre o assunto.

Os Drs. Paulo G. Bressan e José Saldanha Faria também fizeram considerações sobre a conduta do cirurgião visando evitar a deiscência de sutura nas anastomoses.

Reunião de 19 de junho de 1958 :

— *Pancreatite hemorrágica* — Inicialmente, o Dr. Roberto Deluca leu a observação de um doente operado pelo Dr. Moacyr Boscardin. Tratava-se de um caso de pancreatite hemorrágica em enfermo gastrectomizado.

O Prof. Carmo Lordy discorreu a seguir sobre pancreatites agudas, detendo-se nos seus aspectos anatomo-patológicos. Apresentou a peça retirada pelo cirurgião a qual fazia lembrar um fragmento de gaze, mas que outra coisa não era do que tecido necrosado. O Prof. Carmo Lordy apresentou também lâminas.

Pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro foram feitas considerações sobre as pancreatites decorrentes da cirurgia e sobre as radiografias do caso. Depois discutiu um caso de icterícia por obstrução ao nível da cabeça do pâncreas, dando interpretação ao achado radiológico à luz do que observara no ato cirúrgico.

